

میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری، شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۶

نسرین فروزنده^{*}، بهمن دشت بزرگی^{**}

چکیده:

دوره حاملگی و پس از آن با تغییرات روانشناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است، که گاهی با تغییرات بائولوژیک مانند اختلالات خلقی همراه می‌گردد. بنابراین لازم است تیم پزشکی به خصوص پرستاران و ماماها قادر باشند بیماران و خانواده آنها را که مستعد ابتلاء به اختلالات روانی بعد از زایمان هستند، شناسایی و در مورد مراقبت‌ها و حمایت‌های این دوره راهنمایی کنند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعدکننده آن به صورت یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۳۰۰ مادر بارداری که در سه ماهه سوم حاملگی بوده و تا ۶ هفته پس از زایمان پیگیری و بررسی شدند، انجام گرفته است. ابزار پژوهش تست افسردگی بک، پرسشنامه مربوط به عوامل مستعدکننده و چک لیست مصاحبه بالینی بوده که با روش مصاحبه و بررسی بالینی اطلاعات گردآوری شده است. نتایج نشان داده شده است که میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۱/۳ درصد بوده و بین افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعدکننده فردی، روانی و اجتماعی - اقتصادی رابطه معنی داری وجود دارد. لذا با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و تأثیر عوامل مختلف بر آن، نتایج این پژوهش می‌تواند الگویی جهت مراقبین بهداشتی، پرستاران و ماماها باشد، تا بدینوسیله مادران مستعد را شناسایی و از بروز این اختلال پیشگیری نمایند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، عوامل مستعدکننده فردی، روانی، اجتماعی - اقتصادی

مقدمه:

بروز آن دخیل می‌دانند. به علاوه زن در دوران بعد از حاملگی به خصوص در یک ماه اول آن احتمالاً بالاترین میزان استرس را در طول زندگی خود تجربه می‌کند. به طوری که اختلالات روانی یک ماه پس از زایمان ۱۸ برابر شایع‌تر از دوران حاملگی می‌باشند و استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی - اجتماعی

افسردگی امروزه یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و معضل عمومی زندگی بشر است. مطالعات در کشورهای توسعه یافته نشان می‌دهد که زنان ۲-۳ برابر بیشتر از مردان افسرده می‌شوند که عوامل استرس‌زایی چون زایمان، عادت ماهیانه و درماندگی آموخته شده، آثار هورمونهای جنسی و مهارتهای ناکافی اجتماعی را در

^{*} عضو هیأت علمی گروه روانپرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (مؤلف مسئول)

^{**} عضو هیأت علمی گروه روانپرستاری - دانشگاه علوم پزشکی اهواز

جزء استرسهای شدید طبقه‌بندی شده و ردیف ۴ را به خود اختصاص داده است. بنابراین همواره خطر بروز بیماریهای روانی به خصوص در دوره پس از زایمان وجود دارد که یکی از شایعترین اختلالات روانی این دوره افسردگی است (۷). کاپلان میزان شیوع افسردگی پس از زایمان را ۱۵-۱۰ درصد (۲۰) و Pritchard شیوع آن را ۲۰ درصد گزارش نموده است (۲۲).

افسردگی پس از زایمان بیشتر طی ۶ هفته اول پس از تولد و معمولاً بین ۷ تا ۲۰ روز بعد از زایمان بروز می‌کند. این عارضه با علایمی چون خلق پائین، عدم لذت، اضطراب و اختلال خواب مشخص می‌شود (۲۲). مادر از خستگی شدید و ناتوانی در نگهداری نوزاد و سایر بچه‌ها شکایت دارد و اغلب در برقراری ارتباط با کودک دچار مشکل است و این موضوع اعتماد به نفس او را بیشتر کاهش می‌دهد و افسردگی او را بدتر می‌کند. به طور کلی زنان دچار افسردگی پس از زایمان در مورد از دست دادن کنترل و احتمال آسیب‌رسانی به کودک خود دچار واهمه‌اند. آنان ممکن است تحریک‌پذیر شده و حالت تهاجمی پیدا کنند. هر چند به ندرت دچار این حالت می‌شوند، اما گاهی مواردی از آسیب‌های غیر تصادفی اتفاق می‌افتد (۹)، به طوری که شیوع میزان نوزاد کشی در این مادران ۴ درصد ذکر گردیده است (۲۰).

بنابراین افسردگی پس از زایمان نگرش مادر را نسبت به فرزند تغییر داده و اثرات منفی و فشار زیادی را به اعضاء خانواده وارد می‌سازد (۱۲). به عبارتی شیوع بالای این اختلال از یک سو و از سوی دیگر عوارض زیانباری که برای مادر، طفل و اجتماع به بار می‌آورد، اهمیت پیشگیری و درمان این اختلال را از طریق شناسایی عوامل مستعدکننده و به دنبال آن حمایت و آموزش مادر و خانواده بیان می‌کند. از جمله این عوامل می‌توان، عوامل زیست‌شناختی، عوامل روانشناختی، و عوامل منفی اجتماعی را نام برد. وقتی عوامل محافظت

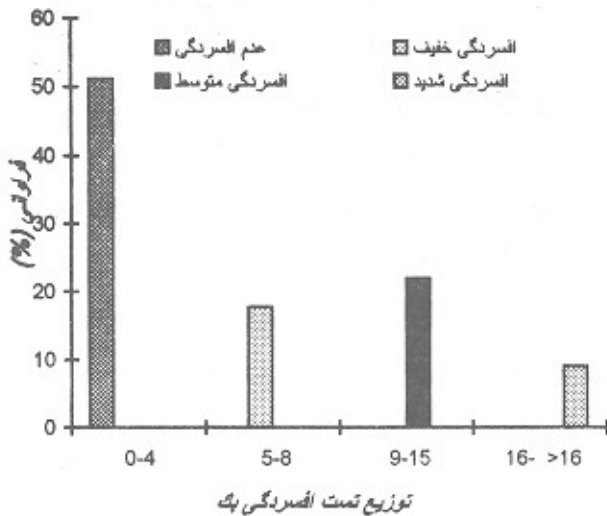
کننده در مقابل تغییرات روحی حاملگی وجود نداشته باشد، می‌تواند باعث افسردگی پس از زایمان گردد (۱۷). Harris عوامل مؤثر در افسردگی پس از زایمان را سن، ازدواج ناموفق، مشکلات اجتماعی - اقتصادی، حوادث زندگی در دوازده ماه گذشته و یک سابقه شخصی یا خانوادگی از اختلال دو قطبی می‌داند (۱۸). در بیشتر تحقیقات مربوط به افسردگی پس از زایمان تلاش شده تا عوامل روانی - اجتماعی و زیست‌شناختی که در پیشگیری اولیه و ثانویه کاربرد دارند مشخص شوند (۱۳). لذا تحقیق حاضر به بررسی میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان می‌پردازد تا بتواند با شناسایی این عوامل قدمی مؤثر در پیشگیری این اختلال و حمایت و آموزش مادران افسرده بردارد.

مواد و روشها:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است. آزمودنیهای پژوهش از ۲۳ مرکز بهداشتی - درمانی شهری، ۱۳ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شده و سپس ۳۰۰ نفر از مادرانی که در ۳ ماهه سوم حاملگی بوده و جهت انجام مراقبتهای دوران بارداری به این مراکز مراجعه می‌نمودند، به عنوان نمونه‌های در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از الف: تست کوتاه شده افسردگی بک (۱۳ سؤالی):

این تست آزمون جامعی است که با توجه به پژوهشهای گسترده برای ارزیابی و تعیین میزان افسردگی حساب شده و قابل اطمینان است، و بررسیهای انجام شده در کشور ما نشان دهنده اعتبار و روایی بالای این آزمون می‌باشد (۸).

ب: پرسشنامه مربوط به متغیرها، این پرسشنامه عوامل مستعدکننده را سنجیده و شامل ۳۳ سؤال است که ۲۲ سؤال مربوط به عوامل مستعدکننده فردی، ۸ سؤال مربوط به عوامل مستعدکننده روانی و ۳ سؤال مربوط به عوامل مستعدکننده اجتماعی - اقتصادی



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی نمرات تست افسردگی بک بعد از زایمان.

نمره ۹ و بالاتر از آن افسردگی محسوب می‌گردد که حدود ۲۲٪ نمره ۹-۱۵ و ۹٪ نمره ۱۶ و بالاتر از آن کسب کرده‌اند که طبق تست افسردگی بک جمعاً حدود ۳۱٪ بعد از زایمان افسردگی داشته‌اند.

زایمان افسرده بودند از مطالعه بعدی (افراد افسرده بعد از زایمان) جدا گردند. قبل از زایمان حدود ۱۷ درصد زنان افسردگی داشتند که تنها یافته در مورد آنان این بود که نمره آزمون بک آنان پس از زایمان افزایش یافته بود (۷٪)، که نشان دهنده نقش زایمان در افزایش یا تشدید افسردگی است.

نمونه اصلی ما را افرادی تشکیل می‌دادند که قبل از زایمان افسردگی نداشتند. نمودار شماره ۱ توزیع نمرات افسردگی در آزمون بک را بعد از زایمان در این گروه نشان می‌دهد. در این نمودار نمونه‌ها بر اساس نمره افسردگی بک به چهار گروه تقسیم شده‌اند. بر حسب مقیاس تست بک، نمره ۴- نشان دهنده عدم افسردگی، نمره ۵-۸ افسردگی خفیف، نمره ۹-۱۵ افسردگی متوسط، و نمره ۱۶ و بالاتر از آن افسردگی شدید را نشان می‌دهد، که در این پژوهش نمره ۹ و بالاتر از آن افسردگی محسوب گردیده و حائز اهمیت است. چنانچه

می‌باشد. برای تعیین روایی این آزمون از اعتبار محتوی و برای کسب اعتماد علمی از روش آزمون مجدد test-re-test استفاده گردید و پایایی آن ۹۳/۷ درصد به دست آمد.

ج: چک لیست مصاحبه بالینی که بر اساس ملاکهای تشخیص DSM-IV توسط پالانگ تهیه گردیده است و دارای ۱۸۱ ملاک تشخیصی است که برای تأیید نهایی افسردگی پس از زایمان به کار گرفته شد. اعتبار این چک لیست نشان داده که حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۸۴ درصد و ۹۷ درصد بوده و بررسی پایایی آن با توافق بین دو روانپزشک ۸۳ درصد بوده است (۲).

روش جمع آوری اطلاعات:

گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که ابتدا مادرانی که در سه ماهه سوم حاملگی بودند با تست افسردگی بک توسط پژوهشگر مصاحبه گردیدند تا میزان افسردگی آنان قبل از زایمان سنجیده شود و از نمونه‌های افسردگی پس از زایمان جدا شوند. سپس مادرانی که قبل از زایمان افسردگی نداشتند، پیگیری شده و تا ۴۰ الی ۴۵ روز بعد از زایمان مجدداً با تست افسردگی بک و پرسشنامه مربوط به متغیرها مصاحبه شدند و مادرانی که نمره ۹ یا بالاتر از آن از تست افسردگی بک کسب کردند جهت تأیید تشخیص به روانشناس بالینی ارجاع و با چک لیست مصاحبه بالینی ارزیابی شدند و نهایتاً تشخیص قطعی آنان توسط روانپزشک تأیید گردید. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون نسبت) استفاده گردید.

نتایج:

همانطور که در روش پژوهش گفته شد، میزان افسردگی در طول حاملگی و پس از زایمان با تست افسردگی بک سنجیده شد تا بدینوسیله افرادی که قبل

جدول شماره ۱: عوامل مستعد کننده فردی - مادری در ایجاد افسردگی پس از زایمان

عوامل افسردگی	افسرده		غیر افسرده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عدم مفاقت همسر با حاملگی	۲۲*	۳۴/۴	۴۶	۱۹/۵
ترس از بارداری	۵۴**	۸۴/۴	۱۵۴	۶۵/۳
زایمان غیر طبیعی	۲۴ ^{NS}	۳۷/۶	۷۱	۳۰/۱
حاملگی ناخواسته	۳۰***	۴۶/۹	۵۶	۲۳/۶
فشار روحی در دوران بارداری	۴۴***	۶۸/۸	۴۴	۱۸/۶
سابقه نازایی	۶ ^{NS}	۹/۴	۸	۳/۴
عدم علاقه به همسر	۲۱***	۳۲/۸	۱۸	۷/۶
بیماری جسمی دوران بارداری	۵۱***	۷۹/۷	۱۱۸	۵۰

تعداد نمونه در گروه افسرده ۶۴ و غیر افسرده ۲۶۳ نفر می باشد. ^{NS}=عدم تفاوت معنی دار. $P<0/001$ ***، $P<0/01$ **، $P<0/05$ * در ارتباط با عوامل افسردگی.

نمودار مذکور نشان می دهد، ۲۲٪ مادران نمره ۹-۱۵ و ۹٪ آنان نمره ۱۶ و بالاتر از آن کسب کردند که مجموعاً ۳۱٪ آنان افسردگی داشته اند که بعد از بررسی بالینی بر اساس ملاکهای تشخیص DSM-IV برای ۲۱/۳ درصد آنان تشخیص افسردگی پس از زایمان توسط روانپزشک مسجل گردید.

در این پژوهش عوامل محتمل مستعد کننده فردی، روانی، و اجتماعی - اقتصادی نیز مورد بررسی قرار گرفت. عوامل مستعد کننده فردی به دو دسته عوامل مادری و نوزادی تقسیم شدند.

جدول شماره ۱ فراوانی هر یک از عوامل مستعد کننده فردی - مادری در افراد افسرده و غیر افسرده پس از زایمان را نشان می دهد. چنانچه مشاهده می شود میزان حاملگی ناخواسته، فشار روحی دوران بارداری،

عدم علاقه نسبت به همسر و بیماری جسمی دوران بارداری در مادران افسرده به طور معنی داری ($P<0/001$) بیشتر از مادران غیر افسرده است. همچنین ترس از بارداری ($P<0/01$) و عدم موافقت همسر با بارداری ($P<0/05$) در مادران افسرده بیشتر از غیر افسرده است، اما میزان زایمان غیر طبیعی و سابقه نازایی در این دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

جدول شماره ۲ عوامل مستعد کننده فردی - نوزادی را نشان می دهد. فراوانی هر یک از این عوامل در مادران افسرده و غیر افسرده مقایسه گردید. چنانچه جدول فوق نشان می دهد داشتن نوزاد ناسالم ($P<0/001$)، تغذیه نوزاد با بطری ($P<0/01$) و دوست نداشتن جنسیت فرزند توسط پدر ($P<0/05$) در مادران افسرده بیشتر از مادران غیر افسرده بود. عوامل مستعد کننده روانی در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. همانطوری که مشاهده می گردد، عدم حمایت همسر، اختلافات زناشویی، اختلاف با اطرافیان، حوادث یکساله اخیر زندگی، وجود افسردگی در حاملگی قبلی، سابقه بیماری روانی در زن و فامیل به طور معنی داری ($P<0/001$) در مادران افسرده بیشتر از مادران غیر افسرده است.

جدول شماره ۲: عوامل مستعد کننده فردی - نوزادی در افسردگی پس از زایمان

عوامل افسردگی	افسرده		غیر افسرده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دوست نداشتن جنس نوزاد توسط پدر	۹*	۱۴/۱	۱۱	۴/۷
تغذیه نوزاد با بطری	۱۳**	۲۰/۳	۱۸	۷/۶
نوزاد ناسالم	۱۲***	۱۸/۸	۷	۳

تعداد نمونه در گروه افسرده ۶۴ و غیر افسرده ۲۶۳ نفر می باشد. بین افسردگی پس از زایمان و همه عوامل رابطه معنی داری وجود دارد. $P<0/001$ ***، $P<0/01$ **، $P<0/05$ *

جدول شماره ۳: عوامل مستعد کننده روانی در افسردگی پس از زایمان

عوامل افسردگی	افسرده		غیر افسرده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عدم حمایت همسر	۲۱	۳۲/۸	۱۲	۵/۱
اختلافات زناشویی	۴۶	۷۱/۹	۸۶	۳۶/۴
اختلاف با اطرافیان	۳۴	۵۳/۱	۶۵	۲۷/۵
عدم حمایت در طول بارداری	NS	۱۰/۹	۱۸	۷/۶
حوادث یکساله اخیر	۳۳	۵۱/۶	۳۷	۱۵/۷
وجود افسردگی در حاملگی قبلی	۳۰	۴۶/۹	۳۰	۱۲/۷
سابقه بیماری روانی	۲۳	۳۵/۹	۸	۳/۴
سابقه بیماری روانی در فامیل	۲۶	۴۰/۶	۱۸	۷/۶

به جز عدم حمایت در طول بارداری، بین عوامل فوق و افسردگی پس از زایمان و در محدوده آماری $P < 0/001$ رابطه معنی داری مشاهده شد. تعداد نمونه در گروه افسرده ۶۴ و غیر افسرده ۲۶۳ نفر می باشد. NS = عدم تفاوت معنی دار.

رضایت از وضعیت اقتصادی ($P < 0/001$) و داشتن عوامل مستعد کننده اجتماعی - اقتصادی در جدول

جدول شماره ۴: عوامل مستعد کننده اجتماعی - اقتصادی در افسردگی پس از زایمان

عوامل افسردگی	افسرده		غیر افسرده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت بهداشتی متوسط	۱۷*	۲۶/۶	۲۶	۱۱
عدم آموزش مادر	NS	۳۷/۵	۵۸	۲۴/۶
عدم رضایت از وضعیت اقتصادی	**	۵۴/۷	۵۱	۲۱/۶

تعداد نمونه در گروه افسرده ۶۴ و غیر افسرده ۲۶۳ نفر می باشد. NS = عدم تفاوت معنی دار. $P < 0/001$ ، ** در ارتباط با عوامل افسردگی.

شماره ۴ نمایش داده شده است. طبق جدول، عدم وضعیت بهداشتی متوسط ($P < 0/01$) در مادران افسرده بیشتر از مادران غیر افسرده بود. و در مورد عدم آموزش مادر، در دو گروه رابطه معنی داری وجود نداشت.

بحث:

نتایج پژوهش نشان می دهد که میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۱/۳ درصد می باشد که با اغلب مطالعات انجام شده در سایر کشورها بسیار نزدیک است (۱۳). ولی با نتایج بعضی مطالعات تفاوت دارد. بدین صورت که میزان شیوع افسردگی پس از زایمان توسط Ballard ۲۷/۵ درصد گزارش شده است (۱۵)، که این تفاوت مختصر به دلیل بررسی بالینی است که در این پژوهش صورت گرفته است. شیوع افسردگی پس از زایمان در ابتدا ۳۱ درصد بدست آمد، بعد از بررسی بالینی به ۲۱/۳ درصد رسید. به علاوه نتایج این پژوهش با درصدهای گزارش شده توسط Warner ۱۱/۸ درصد (۲۴)، Augusto ۱۳/۱ درصد (۱۴)، و Zekowits ۹/۸ درصد (۲۵)، تفاوت دارد که این مسئله می تواند به دلیل استفاده از دو ابزار متفاوت برای بررسی افسردگی پس از زایمان باشد (در این پژوهش تست افسردگی بک و در آن مطالعات پرسشنامه ادینبورگ).

همچنین مطالعه حاضر نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعد کننده فردی - مادری همچون حاملگی ناخواسته، فشار روحی دوران بارداری، عدم علاقه نسبت به همسر و بیماری جسمی دوران بارداری ($P < 0/001$)، ترس از بارداری ($P < 0/01$) و عدم موافقت همسر با حاملگی ($P < 0/05$)، رابطه معنی داری وجود دارد که با نتایج به دست آمده از سایر مطالعات همخوانی دارد (۲۱، ۴). در همین زمینه می توان گفت: تغییرات فیزیولوژیکی و روحی در طی حاملگی، همراه با هیجان بیش از حد درد کشیدن و زایمان باعث می شود، زنان اغلب تغییرات هیجانی بعد از تولد را تجربه کنند

(۱۷). از طرفی حاملگی و زایمان به عنوان استرس‌های پاتولوژیک برای انسان شناخته شده‌اند (۶). حال اگر این حاملگی ناخواسته باشد مشکل مادر را چند برابر می‌کند. زیرا حاملگی‌های ناخواسته عوارض جسمی و روانی زیادی برای خانم‌های حامله به همراه دارد (۹). همچنین استفراغ‌های زیان‌آور، فاصله زمانی حاملگی کمتر از یکسال، و نگرانی‌های شدید شخصی و خانوادگی به عنوان استرس‌های دوران بارداری شناخته شده‌اند (۳). بنابراین حاملگی ناخواسته، وجود بیماری جسمی و فشار روحی دوران بارداری خود می‌تواند عاملی برای افسردگی پس از زایمان باشند.

هاریس حاملگی را یک تجربه روحی مهم می‌داند که زنان اغلب متوجه احساس دوگانه نسبت به تولد و نگهداری فرزند شده و بیشتر آنان ترس از زایمان و به دنیا آوردن کودک نابهنجار داشته و از اینکه نتوانند مادر خوبی باشند، می‌ترسند (۱۸). لقایی نیز یکی از عوامل افسردگی پس از زایمان را ترس از درد و زایمان و ترس از مرگ ناشی از زایمان می‌داند (۷).

به علاوه حالات هیجانی مادر مانند خشم، ترس و اضطراب در اثر محیط نامناسب خانواده و رابطه ناهماهنگ با شوهر به وجود می‌آید (۳). پس اگر همسر با حاملگی زن موافق نباشد این تضاد به عنوان یک استرس برای مادر محسوب شده و باعث افسردگی پس از زایمان می‌گردد. همچنین زنانی که نسبت به شوهر احساس علاقه مثبت دارند، بیشتر از دیگران به حاملگی خود علاقمند می‌شوند و زنی که از بارداری خودش به دلیل ارتباط و اخلاق همسر ناراحت است بیشتر دستخوش هیجانات روحی می‌شود (۳)، بنابراین عدم علاقه به همسر نیز یکی از عوامل موثر بر افسردگی پس از زایمان است.

در این پژوهش افسردگی پس از زایمان با عوامل مستعد کننده فردی - نوزادی همچون وجود نوزاد ناسالم ($P < 0/001$)، تغذیه نوزاد با بطری ($P < 0/01$)، و

دوست نداشتن جنسیت فرزند توسط پدر ($P < 0/05$) رابطه معنی‌داری وجود داشته است، نتایج سایر مطالعات نیز همین مسئله را تأکید کرده است (۲۴، ۲۱). وجود بیماری در اعضای خانواده در جدول استرس روانی - اجتماعی هولمز و راحه به عنوان یک استرس شدید محسوب می‌شود، به خصوص اگر این بیماری در نوزاد و در این شرایط پر استرس برای مادر باشد باعث حالات هیجانی شدید و ناگهانی و نگرانی مادر می‌شود (۶). به علاوه تغذیه با شیر مادر سبب برقراری رابطه نزدیک و صمیمانه و مطلوبی بین مادر و کودک می‌شود و مادر وضعیت سایکوفیزیولوژیک خاصی پیدا می‌کند، زیرا مکیدنهای ملایم به مدت طولانی برای بسیاری خانمها لذت بخش است و اگر مادر نتواند کودک را با شیر خودش تغذیه کند از تأثیرات روانی این نعمت الهی محروم می‌شود (۱۰). پس عدم تغذیه با شیر مادر هم می‌تواند زمینه را برای افسردگی مادر مساعد کند. همچنین لقایی نظر پدر نسبت به جنسیت و تولد فرزند را به عنوان یک عامل برای افسردگی پس از زایمان می‌داند (۷). بنابراین اگر پدر با جنسیت نوزاد مخالف باشد وجود این نگرش باعث احساس ناامیدی در مادر شده و عاملی برای افسردگی پس از زایمان خواهد بود:

همچنین در این پژوهش نشان داده شده که بین افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعد کننده روانی همچون عدم حمایت همسر، اختلافات زناشویی، اختلاف با اطرافیان، حوادث یکساله اخیر، وجود افسردگی در حاملگی قبلی، و سابقه بیماری روانی در زن و فامیل ($P < 0/001$) رابطه معنی‌داری وجود دارد که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۱۶، ۱۳، ۴).

مشاجره با همسر و مشکل با اطرافیان در جدول استرس روانی - اجتماعی هولمز و راحه به عنوان استرس‌های روانی شناخته شده‌اند (۶). در همین زمینه استین می‌نویسد: ثابت شده است که مادران افسرده مشکلات اجتماعی و خانوادگی بیشتر، حوادث

می‌داند (۷).

چنانچه نتایج به دست آمده از این پروژه و سایر تحقیقات مشابه مورد ارزیابی دقیق قرار گیرند، اهمیت تأثیر فاکتورهای مساعد کننده مربوط به عوامل فردی - روانی و اجتماعی - اقتصادی افسردگی پس از زایمان به وضوح روشن می‌گردد، که از جمله آنان فاکتورهای روانی است.

بنابراین با شناسایی عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان به افرادی که با عناوین مختلف با مادران چه در دوران بارداری و چه پس از آن در تماسند، مانند پرستاران و سایر رشته‌های تخصصی پزشکی، ماماها، روانپزشکان، متخصصان زنان و زایمان و پزشکان معمولی می‌توان کمک نمود تا گامی در جهت پیشگیری از این اختلال بردارند.

پیشنهادهای:

با توجه به نتایج پژوهش، با شناسایی عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان، نقش پیشگیری از این اختلال مشخص می‌گردد. بنابراین برای جلوگیری از این عارضه پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌های حمایتی و آموزشی در طی حاملگی و بعد از زایمان برای مادر و اطرافیان اجرا گردد. نقش آموزش زوجین جهت برنامه‌ریزی برای

لازم در این زمینه، تهیه شرح حال مناسب از مادر در زمینه مسائل گوناگون در طی بارداری، انجام مشاوره‌های روانشناختی برای مادران باردار، آموزش همسر و اطرافیان در جهت همکاری با مادر و حفظ بهداشت روان در خانواده، تفهیم اهمیت نقش شیر مادر برای مادر و نوزاد، شناسایی مادران تحت استرس و بحران و آموزش مادر در رابطه با چگونگی تعدیل و مقابله با استرس‌های دوران حاملگی و پس از زایمان از جمله مواردی است که باید دقت شود.

استرس‌زا در ۱۲ ماه گذشته، ارتباط منفی و مسائل و مشکلات مزمن اجتماعی چون ازدواج داشته‌اند (۲۳). به علاوه ثابت شده است که حداقل نیمی از زنان افسرده یکبار سابقه افسردگی در حاملگی قبلی داشته‌اند (۱۳). هاینر هم می‌نویسد: زنانی که بعد از زایمان افسرده شده‌اند از سوی همسرانشان کمتر حمایت شده و حوادث استرس‌زای بیشتر نسبت به زنانی که بعد از زایمان افسرده نبوده‌اند، داشته‌اند (۱۷). سایر منابع نیز عوامل مؤثر در افسردگی پس از زایمان را اینگونه ذکر می‌کنند: کاهش ارتباط با همسر، سابقه اختلالات روانی در مادر و سابقه فامیلی (۱۹)، اختلافات زناشویی و ازدواج ناموفق، رابطه همسر با زن، سابقه اختلالات بعد از زایمان و اختلالات خلقی در والد زن حامله (۷). نقش عوامل روانی از اینجا مشخص می‌شود که، انسان به عنوان یک واحد فیزیکی - روانی محسوب می‌شود و عوامل روانی نقش به سزایی در سلامت او ایفاء می‌کند و وقوع حاملگی بدون شرایط لازم روانی با نتیجه مطلوبی همراه نخواهد بود (۱).

همین‌طور نتایج پژوهش نشان داده است که بین افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعد کننده اجتماعی - اقتصادی چون رضایت از وضعیت اقتصادی ($P < 0/001$) و وضعیت خدمات بهداشتی ($P < 0/01$) رابطه معنی‌داری وجود دارد نتایج سایر مطالعات نیز این موضوع را تأیید کرده است (۲۴، ۱۴) اضافه شدن عضو جدید به خانواده و کاهش درآمد در جدول هولمز و راحه به عنوان استرس یاد شده است (۶). به علاوه بچه جدید ممکن است بار اقتصادی مهمی برای پدر و مادر داشته باشد و یک بار اضافی تربیت و نگهداری بچه هم به آن افزوده شود که خود باعث دشواری اوضاع و بالاترین فشاری مادر می‌شود و زمینه را برای ابتلاء به افسردگی پس از زایمان مساعد می‌کند (۱۷). لقایی نیز سایر عوامل مؤثر در افسردگی پس از زایمان را میزان درآمد و وضعیت مالی خانواده و امکانات بهداشتی

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از زحمات و همکاری اساتید ارجمند جناب آقای دکتر سید کاظم علوی فاضل متخصص روانپزشکی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز به عنوان استاد راهنما و جناب آقای مهندس حقیقی عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اهواز به عنوان استاد مشاور آمار تقدیر و تشکر می‌نمایم.

منابع:

- ۱- باقری محمد. اختلالات روانی زایمان و پس از آن. مجله پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱(۲): ۴۵-۷، ۱۳۷۲.
- ۲- پالانگ حسن؛ نصر مهدی؛ براهنی نقی؛ شاه محمدی داوود. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. اندیشه و رفتار، ۲(۴): ۱۹-۲۷، ۱۳۷۵.
- ۳- سیف سوسن. بهداشت روان دوران بارداری و وظایف همسر و جامعه. اصول بهداشت روانی، ۱(۲): ۸۶-۹۱، ۱۳۷۸.
- ۴- صالحی کسای پروین. بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مادران یا زایمان طبیعی و سزارین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، اردیبهشت ۱۳۷۳.
- ۵- شکریم زاده حمیدرضا. زایمان و بهداشت روانی. پزشکی و جامعه، ۲(۹): ۲۴-۹، ۱۳۷۲.
- ۶- کوشان محسن؛ واقعی سعید. بحران - استرس. در: کوشان محسن؛ واقعی سعید. روان پرستاری: انتشارات انتظار. تهران، ۵-۱۵۲، ۱۳۷۸.
- ۷- لقایی محسن. اختلالات روانی بعد از زایمان. پایان نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، خرداد ۱۳۷۳.
- ۸- مارنات گری گرات. راهنمای سنجش روانی. ترجمه پاشا شریفی حسن؛ نیکخواه محمد رضا. تهران: انتشارات بدر، ۷۳، ۱۳۷۳.
- ۹- محمدپور فریده؛ رفیعیان محمود. شیوع و عوامل مؤثر در حاملگی ناخواسته در خانمهای حامله مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی هاجر شهرکرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱(۳): ۴۳-۳۷، ۱۳۷۸.
- ۱۰- مهری فرخنده. تغذیه با شیر مادر و اثرات جسمی و معنوی آن روی مادر و نوزاد. در: مهری فرخنده. پرستاری و بهداشت مادران و نوزادان: انتشارات جهاد دانشگاهی تهران، ۱۶-۲۱۵، ۱۳۷۴.
- ۱۱- نصیری جعفر. روانپزشکی بعد از زایمان و قاعدگی. ماهنامه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲(۱۰): ۸-۲۵، ۱۳۷۱.
- ۱۲- یکه یزدان دوست رخساره. بررسی مقدماتی افسردگی پس از زایمان. ماهنامه دانشجویی علوم پزشکی گیلان، ۲(۳): ۱۵-۸، ۱۳۷۰.
- 13- Areias MEG.; Kumar R.; Barros H.; Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. Br J Psychiatry, 169: 36-41, 1996.
- 14- Augusto A.; Kumar R.; Calheiros JM.; Matos E.; et al. Postnatal depression in urban area of Portugal: comparison of child bearing women and matched controls. Psychol Med, 26(1): 135-41, 1996.
- 15- Ballard CG.; Davis R.; Cullin PC.; Bond M.; et al. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. Br J Psychiatry, 164: 782-8, 1994.
- 16- Barnett B.; Jeffe A.; Duggan AK.; Wilson MD.; et al. Depressive symptom, stress and social support in pregnant and postpartum adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med, 150: 64-9, 1996.
- 17- Haire MF. Postpartum depression. In: Haire MF.; Rivlin ME.; Morrison JC. Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology: From Little, Brown. Boston: USA, 3rd ed. 192-5, 1990.
- 18- Harris B.; Lovett L.; Smith J.; Read G.; et al. Cardiff puerperal mood and hormone study.III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlate across the peripartum period. Br J Psychiatry, 168: 739-44, 1996.
- 19- May KA.; Mahlmeister LR. Nursing care of the family in the postpartum period. In: May KA.; Mahlmeister LR. Comprehensive maternity nursing: From JB Lippincott. Philadelphia: USA, 913, 1990.
- 20- Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. In: Kaplan H.; Benjamin S. Comprehensive textbook of psychiatry: From Williams & Wilkins Company. New York: USA, 6th ed. 1059-66, 1995.

- 21- Patricia H.; Adams D.; Lee A.; Vivette G.; et al. Links between early postpartum mood and postpartum depression. *Br J Psychiatry*, 160: 777-80, 1992.
- 22- Pritchard D.; Harris B. Aspects of perinatal psychiatric illness. *Br J Psychiatry*, 169: 555-62, 1996.
- 23- Stein A.; Dennis H.; Janet B.; Alison B.; et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry*, 158: 46-52, 1991.
- 24- Warner R.; Louis A.; Anna W.; Brian F. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*, 168: 607-11, 1996.
- 25- Zelkowitz P.; Milet TH. Screening for postpartum depression in a community sample. *Can J Psychiatry*. 40(2): 80-6, 1995.